UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935.— N° 101

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES dans la MALADIE de BASEDOW

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1934

PAR

Henri - Paul CHIRLE

Elève du Service de Santé de la Marine

Né le 3 Juin 1909, à BARFLEUR (Manche)

Examinateurs de la Thèse :

MM. JEANNENEY, professeur.... *Président.*
TEULIÈRES, professeur ....
BEAUVIEUX, agrégé..... *Juges.*
DESPONS, agrégé.....

BORDEAUX
G. ROULLEAU
IMPRIMEUR
31, RUE LAMARTINIE, 31

1934

THÈSE
DE
MÉDECINE

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935.— N° 101

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES dans la MALADIE de BASEDOW

THESE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Décembre 1934

PAR

Henri - Paul CHIRLE

Elève du Service de Santé de la Marine

Né le 3 Juin 1909, à BARFLEUR (Manche)

Examinateurs de la Thèse :

- MM. JEANNENEY, professeur.... *Président.*
- TEULIÈRES, professeur .... *Juges.*
- BEAUVIEUX, agrégé..... *Juges.*
- DESPONS, agrégé..... *Juges.*

BORDEAUX
G. ROULLEAU
IMPRIMEUR
31, RUE LAMARTINIE, 31

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. MAURIAC... Doyen
M. GUYOT... Assesseur
M. SIGALAS... Doyen honoraire

PROFESSEURS HONORAIRES:

MM. POUSSON, MOURE, DUBREUILH
RIVIERE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC.
id.	DUPERIE.
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.
id. et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutiques gén.	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS
Anatomie pathol. et microsc. clin.	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clinique d'élect. médicale	RECHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.

	MM.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	TEULIERE
Clinique chirurg. infantile et orth	ROCHER.
Clinique méd. malad. des enfants.	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	DELAUNA
Physique médicale et pharmaceut.	SIGALAS.
Médec. colon. et cliniq. des maladies coloniales.	BONNIN.
Clinique des mal. cutanées et syph.	PETGES.
Clinique des mal. des voies urin.	DUVERGE
Clinique des malad. nerv. et ment.	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMAN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeut. et climatiq.	CREYX.
Clinique dentaire	CAVALIE.

LACOSTE (Histologie).
PERY (Obstétrique), PERRENS (Maladies mentales), PAPIN (Chirurgie générale
R. SIGALAS (Parasitologie et Sciences naturelles), JEANNENEY (Chirurgie (générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
id.	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE.
id.	PIECHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	De GRAILLY
id.	FONTAN

	MM.
Chirurgie générale	CHARRIER
id.	LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIE
Oto-rhino laryngologie	DESPON
Dermatologie et Syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WAN GERM
Chimie générale, pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	PAPIN.
Physiologie	FABRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET
Accouchements	PERY.

	MM.
Ophtalmologie	CABANNES
Puériculture	FAUGERE.
Pharmacie chimique	VITTE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALA

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

À MON PERE. — A MA MERE

En témoignage d'une affection qui ne s'est jamais démentie.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

ET A MA BELLE-SŒUR

Dont le concours m'a été si souvent précieux

A TOUS MES PARENTS

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A TOUS MES PROFESSEURS DE LA FACULTÉ

A TOUS MES PROFESSEURS ET MAITRES

DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

A TOUS MES AMIS

DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX,

DIRECTEUR ADJOINT DU CENTRE ANTICANCÉREUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Nous tenons, avant d'aborder notre sujet, à adresser nos remerciements à notre maître, Monsieur le Professeur Jeanneney. Nous avons toujours trouvé chez lui l'accueil le plus sympathique et le plus bienveillant. Ses leçons de pathologie chirurgicale nous ont toujours très vivement intéressé, tant pour leur forme que pour leur substance. Il nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre thèse : c'est un lien de plus qui nous rattache à lui.

Que Monsieur le Professeur Bégouin trouve également ici l'expression de notre vive gratitude. La simplicité et la teneur de son enseignement n'ont pas été sans contribuer largement à notre formation chirurgicale.

INTRODUCTION

Nous n'entreprenons pas, dans ce modeste travail, de trancher le débat qui existe entre médecins, chirurgiens et radiologues au sujet de la maladie de Basedow.

Nous avons constaté au cours des années écoulées plusieurs cas d'hyperthyroïdisme, surtout dans le vaste champ d'étude qu'ont toujours présenté par nous les services de MM. les Professeurs Bégouin, Jeanneney et Papin. Nous avons suivi ces malades avant, pendant et après l'opération, sans avoir pour cela perdu de vue tous ceux qui refusaient l'intervention.

Nous nous somme tenus au courant de toutes les opinions émises pendant ces derniers temps au sujet de la maladie de Basedow, tant sur les périodiques médicaux que dans les Congrès.

Nous avons enfin parcouru de nombreuses observations de Basedowiens émanant de médecins, de radiologues et de chirurgiens.

Les pages qui suivent s'appuient donc sur quelques bases. Elles paraîtront peut-être pâles si on a lu les travaux de notre maître, M. le Professeur Jeanneney et la

magistrale leçon du docteur Parcelier, parue dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* d'août 1932.

Néanmoins, nous n'estimerons pas avoir trop perdu notre temps si nous avons réussi à mettre ici en valeur quelques-uns des arguments propres à convaincre que l'intervention précoce est la thérapeutique vers laquelle doivent tendre médecins et chirurgiens dans la maladie de Basedow. Nous insisterons particulièrement sur cette union qui doit exister entre le médecin et le chirurgien, car nous sommes persuadés que l'action du premier est au moins égale à celle du dernier. Nous nous arrêterons longuement sur l'importance du diagnostic précoce et les effets que nous devons attendre du traitement médical. Et nous sommes certains que quand nous aurons obtenu cette collaboration parfaite entre le médecin et le chirurgien, nous aurons fait tomber à zéro la mortalité opératoire dans le goître exophtalmique.

Nous groupons, à la fin de ce travail, quelques observations de malades opérés qui sont toutes inédites et que nous avons choisies parmi les plus significatives.

CHAPITRE I

De la mortalité opératoire. — Des insuccès. — Les enseignements du passé.

« La Médecine a ses dogmes, comme « la théologie : ce qui est établi se « laisse difficilement ébranler, même « lorsque c'est une erreur. C'est un « dogme de ce genre que le danger « des opérations thyroïdiennes dans « la maladie de Basedow. »

RIEDEL.

Le traitement chirurgical a donné des résultats bien inconstants, depuis que la thyroïdectomie a été préconisée en France pour la première fois par Tillaux. Les premières interventions ont été des désastres. On croyait sans doute enlever des corps thyroïdes comme on enlève des appendices. Nous lisons en effet des observations datant de 1910 à 1925 où les malades étaient confiées au chirurgien avec un diagnostic incertain, sans mesure du Métabolisme basal. Le Basedowien était opéré dans le plus bref délai sans qu'il soit jamais question de traitement préopératoire. Les plus heureux recevaient dix gouttes de

Lugol la veille de l'opération. La technique opératoire laissait souvent à désirer : le choix de l'intervention était au gré du chirurgien qui était partisan soit de l'opération en plusieurs temps, soit de l'hémi-thyroïdectomie, soit de la thyroïdectomie subtotale, sans que les indications en face desquelles il se trouvait le fassent pencher plutôt pour l'une que pour l'autre. Nous avons sous les yeux les observations des nombreux malades de Paul Lecène se répartissant de 1925 à 1929 et bien groupées par son élève Blondin. Nous avons lu également les nombreux cas traités par Bérard et bien exposés par son élève Peycelon dans sa thèse de Lyon, en 1929. Nous relevons parmi toutes les interventions faites, évidemment bien des guérisons, avec la restriction qui s'impose toutefois quand on prononce ce mot au sujet de la maladie de Basedow. Dans la majorité des cas, le succès est bien partiel, nombreuses sont les récidives qui surviennent après un temps plus ou moins éloigné de l'opération; trop nombreux sont malheureusement les cas où nous assistons à de véritables désastres. Ce qui frappe surtout, en effet, c'est la mortalité opératoire qui grève d'une façon accablante les premières statistiques.

DE LA MORT RAPIDE AVEC HYPERTHERMIE

Nous relevons de nombreux cas de mort rapide survenant de façon dramatique, mort brutale avec agitation, affolement du pouls, hyperthermie, qui survient dans les douze ou trente-six heures qui suivent l'opération.

Ce sont surtout ces cas, englobés sous le titre d'hyperthyroïdisme post-opératoire qui ont bouleversé l'opinion publique et qui ont entretenu le courant de prévention qui a existé pendant longtemps et existe encore un peu main-

tenant contre l'intervention chirurgicale. On est en effet resté longtemps désarmé quant au traitement à appliquer à ces accidents. C'est à Crile et à l'école américaine que revient le mérite d'avoir insisté longuement sur les précautions à prendre à cet égard. Nous y reviendrons plus loin.

DE LA MORT SUBITE

A côté de ces cas d'hyperthyroïdisme post-opératoire, nous avons eu aussi à déplorer les cas de mort subite. Ce sont là des désastres survenant, imprévus, au cours de l'opération ou dans les heures qui la suivent : on observe une pâleur subite avec dilatation pupillaire, faiblesse et amplitude du pouls, et en quelques minutes, l'arrêt cardiaque et respiratoire devient définitif. Les anciens auteurs surtout, Bonnet, Rehn, Kocher, connaissaient bien ces accidents. En 1923, Porter signale deux cas de mort rapide, un qu'il attribue au choc opératoire, l'autre au status thymicus avec kyste de la glande pinéale. Il rapporte en outre 13 décès par hyperthyroïdisme. Küttner, Pemberton, Lenormand nous parlent de cas semblables. En 1908, Capelle, s'appuyant sur des autopsies de Basedowiens morts dans les heures qui suivaient l'opération, croit à l'hypertrophie thymique comme cause déterminante de cet accident. Nous ne faisons que mentionner ici cette théorie qui a perdu beaucoup de terrain par la suite.

COMPLICATIONS SECONDAIRES

Nous envisageons sous ce chef quelques complications qui sont heureusement plus rares. Nous sommes quand même forcés de mentionner les cas d'atelectasie pulmonaire post-opératoire, les hémorragies, les blessures du

récurrent, la tétanie, surtout la tétanie chronique, et enfin le myxœdème. Signalons comme complications, rares évidemment, mais quand même de nature à nous éclairer, trois cas de psychose signalés par Liebig, plusieurs cas de cachexie basedowienne post-opératoire assez semblables à ceux qu'on observe dans l'évolution de la maladie de Basedow abandonnée à elle-même. Pemberton rapporte trois cas mortels : une trombose de l'artère fémorale, neuf jours après une ligature, un abcès de la rate cinquante jours après une thyroïdectomie et une pneumonie huit jours après une lobectomie. Broersen et Harbitz rapportent deux cas de collapsus avec cyanose et ictère, et un cas d'exacerbation des troubles psychiques. Just signale la blessure du canal thoracique, et Noguchi compte parmi les complications qui ont entraîné la mort : la tuberculose intestinale, la parotidite, les hémorragies gastriques. Il est évident que devant ces désastres des premiers moments, devant ces insuccès, devant ces récidives, la cause chirurgicale a été vite entendue, et on comprend l'affolement du Basedowien quand on agitait à ses yeux la perspective d'une opération. L'intervention chirurgicale est alors apparue comme la dernière des thérapeutiques à envisager dans la maladie de Basedow.

Les Radiologistes sont alors survenus. Ils avaient évidemment beau jeu. Outre les bienfaits et les soulagements que procurait leur thérapeutique, ils faisaient bénéficier leurs malades d'une méthode dont la mortalité immédiate était à peu près nulle. C'était évidemment plus qu'il n'en fallait pour rallier la majorité des cas, et, partant, du bon principe : « ce qu'on ne peut faire, on le laisse » ; ils ont alors réclamé tous les cas curables de Basedowisme. Leur sélection faite, ils ont laissé aux Chirurgiens :

1° Les cas graves : toutes les fois que l'existence du malade est menacée à bref délai;

2° Les goitres plongeants avec phénomènes asphyxiques;

3° Les cas d'hyperthyroïdisme aigu;

4° Les goitres compressifs.

Il est certain que si les Radiologistes avaient guéri tous les cas de Basedowisme hormis ceux énoncés aux quatre chefs précédents, les Chirurgiens n'auraient pas ouvert souvent leurs feuillets au chapitre : goitres exophtalmiques. Malheureusement, ils ont laissé à la chirurgie une cinquième catégorie de malades : les échecs de la radiologie après huit mois d'essai au minimum. Disons tout de suite que les malades rangés sous ce cinquième chef, ne formaient pas le contingent le moins abondant, loin s'en faut.

Il est évident quand même que, se réservant ainsi « le dessus du panier », la radiologie a amélioré pas mal de cas. Nous aurions certainement mauvaise grâce à regarder par le gros bout de la jumelle les statistiques de Morel-Kahn et Delherm. Etablies sur les années 1925, 1926, 1927, 1928, elles renferment un pourcentage élevé de nettes améliorations. Mais, préférant entendre plusieurs sons de cloche plutôt qu'un seul, nous avons également jeté les yeux sur d'autres statistiques de Radiologistes, qui sont un peu moins avantageuses que celles des deux auteurs précédemment cités. C'est ainsi que Rave réunit 336 cas de goitres exolphtalmiques traités par les rayons X, et qu'il répartit ainsi :

Guérisons complètes : 16.

Influencés de manière favorable : 273.

Légères améliorations : 43.

Aggravations : 4.

Nous ferons remarquer que les statistiques des Radiologistes regorgent de ces « influencés de manière favorable » qu'ils considèrent comme des cas très heureux. Or,

nous savons actuellement ce que cette expression veut dire. Ils ne nous disent pas en effet combien de ces derniers viennent « refrapper à leur porte » ou à celle du Chirurgien, pour employer une expression de Delherm.

D'ailleurs, si quelques statistiques paraissent au premier abord très bonnes, d'autres sont franchement mauvaises. Krauss, Dohan, Kohto enregistrent de nombreux insuccès. Nous ne citons pas ici des lignées de chiffres auxquelles nous ferions dire ce que nous voudrions, nous ne reproduirons pas non plus les nombreux clichés dont on accable la radiologie; nous ne ferons que mentionner que de nombreux cas se sont montrés réfractaires aux rayons que certains même ont été aggravés par eux. Nous lisons même des observations où on note des poussées aiguës d'hyperthyroïdisme absolument semblables à celles qu'on a notées dans l'intervention sanglante, avec délire, diarrhée, tachycardie (cf. observation 26 de Bérard, dans la thèse de Peycelon, et Cotte, 1925). Nous passerons sur les difficultés opératoires postérieures à l'application de rayons, sur les radiodermites, sur les paralysies récurrentielles, sur les cas de myxœdème. Mais nous nous arrêterons quand même à un argument d'ordre général et qui, à notre sens, présente le plus de poids : c'est la longueur du traitement radiothérapique. Au professeur Bérard, qui s'étonnait de n'avoir jamais observé de véritable guérison après plus d'un an de traitement, dans les nombreux cas qu'il avait vus soumettre aux Rayons X, Morel-Kahn et Delherm ont répondu purement et simplement, dans une Revue de Radiologie que nous avons sous les yeux : « qu'il n'avait pas eu la patience d'attendre ». Evidemment, nous voulons bien croire que la patience n'est pas la qualité prédominante du Chirurgien, mais un traitement qui demande deux ans d'application avant de produire des résultats sensibles, ne doit pas être non plus celui qui convient le mieux au tempérament du Basedowien.

Nous nous croyons donc autorisés à dire que, malgré les cas choisis qu'ils se sont réservés, les radiologistes n'ont pas fait de miracles. Les miracles seraient certainement plutôt du côté de la chirurgie à laquelle on n'a réservé pendant bien longtemps que des cas tout à fait désespérés avec atteinte cardiaque et lésions viscérales avancées.. Ces tristes cadeaux n'étaient certes pas faits pour remonter les statistiques chirurgicales, mais ils ont quand même permis de constater que l'opération était encore la seule méthode capable de donner une amélioration durable, et que la vérité était du côté de la chirurgie.

Ce revirement se dessine d'ailleurs depuis plusieurs années. Les discussions sur la maladie de Basedow et son traitement, les congrès qui ont eu lieu à son égard, les nombreux articles parus à son sujet, dans les Revues médicales de ces dernières années, ont fait un bien énorme à la cause chirurgicale. C'est surtout Crile et les Américains que nous trouvons à l'origine de ce revirement subit en faveur de l'interventionnisme. Les Radiothérapeutes se sont d'ailleurs émus, et par la bouche de Labeau ils manifestent leur mécontentement : « L'électrothérapie qui pendant longtemps a fait universellement ses preuves dans l'hyperthyroïdie aurait-elle perdu brusquement toute vertu curative ? » Non, la radiologie n'a rien perdu, elle est restée ce qu'elle a toujours été c'est-à-dire une méthode qui fait tantôt bien, quelquefois mal et bien souvent rien. Entre les mains d'hommes tout à fait rompus aux difficultés de leur art, on lui a fait donner tout ce qu'elle pouvait donner. Et nous disons ici que dans certains cas elle donne des résultats remarquables. Mais les chirurgiens, eux ont perfectionné leur technique. Ils ont tiré les profit des [illegible] du passé.

D'abord on n'observe plus de ces morts rapides avec hyperthermie dans les douze ou trente-six heures qui sui-

vent l'opération, ou du moins elles sont rarissimes. Semblables aux poussées suraiguës qu'on observe dans l'évolution de la maladie de Basedow livrée à elle-même, on sait qu'elle sont dûes à une brusque pénétration dans le sang des produits thyroïdiens altérés, soit par résorption au niveau de la plaie, soit par passage direct dans le sang au cours des manipulations opératoires. On a pu en constater après des opérations portant à distance du corps thyroïde. C'est ainsi, que Hirst compte 17,5 % de mortalité après 7 opérations gynécologiques chez les basedowiennes. Mais à cette cause il faut ajouter, ainsi que l'a montré depuis longtemps Curtis, les troubles apportés par la narcose, l'état nerveux qui précède l'opération et l'état psychique des malades.

Les auteurs américains ont d'ailleurs toujours insisté longuement sur ce déséquilibre nerveux des Basedowiens. C'est pour avoir toujours placé au premier plan cette notion capitale que Crile a pu si bien poser en principes les précautions à prendre avant l'opération. Noguchi au Japon et Welti en France ont d'ailleurs été les premiers à les mettre en valeur chez nous : elles se résument à opérer loin d'une période de poussée aiguë et d'éviter par un ensemble de soins l'émotion si prompte et si grave chez ces malades. Après l'opération les soins sont également d'importance capitale et à la moindre menace d'hyperthermie, Crile conseille les enveloppements froids et un véritable pansement à la glace « ice packing », les opérés sont recouverts d'une toile imperméable sur laquelle on entasse les morceaux de glace.

Les cas de mort subite sont également devenus une exception. On a invoqué bien des causes pour éclairer la pathogénie de semblables accidents. Depuis longtemps les anciens auteurs ont insisté sur l'hypertrophie thymique. D'ailleurs cette théorie s'est appuyée sur des faits anatomiques précis puisque en 1908, Capelle faisant l'autopsie

de 22 malades qui avaient succombé rapidement après l'opération, relevé 21 fois l'hypertrophie du thymus. Kocher toutefois, note qu'il a pu opérer et guérir par hémithyroïdectomie une malade atteinte de Basedowisme grave et présentant tous les signes de l'état lymphatico-thymique. Melchior constate aussi rarement l'hypertrophie du thymus chez les basedowiens et s'explique d'ailleurs mal son mode d'action. Le diagnostic d'une hypertrophie thymique est en effet pour le moins d'une difficulté assez grande et il semble vraiment exceptionnel de pouvoir discuter l'opportunité d'une intervention préliminaire sur le thymus, opération à peu près abandonnée à l'heure actuelle. Toutefois notons qu'à notre époque un maître chirurgien comme Pauchet, dont l'autorité est certaine dans la chirurgie du corps thyroïde, comme dans les autres branches de la chirurgie d'ailleurs, attire encore l'attention sur cette notion d'hypertrophie thymique. Il conseille même que tout malade soit exposé aux Rayons X, pour intéresser l'ombre thymique, bande qui est parallèle à l'ombre du rachis qu'elle déborde depuis le bord supérieur du manubrium jusqu'à l'ombre cardiaque. Dans ces cas, d'après Pauchet, la Radio pourra détruire le thymus avant l'opération. Néanmoins si quelques cas de mort subite peuvent se rattacher à cette notion, nous croyons en effet que la cause déterminante dans la plupart des cas est tout autre : nous voulons surtout ici attirer l'attention sur les lésions cardio-vasculaires. Les bases anatomo-pathologiques ne manquent pas d'ailleurs. Sansone Drago, sur les nombreuses autopsies qu'il a pratiquées chez les Basedowiens, relève presque toujours des lésions anatomiques dans les parois du ventricule gauche. D'ailleurs n'a t-on pas souvent opéré des malades avec des lésions cardiaques confirmées depuis longtemps. Il n'est donc pas étonnant que ces lésions mal compensées aient entrainé la défaillance cardiaque sous l'influence du choc opératoire. Nous pouvons

donc encore ici retenir comme principe qu'il faut opérer les basedowiens avant l'apparition des lésions cardiaques.

Il nous reste à envisager le dernier groupe de complications, celui que nous avons rangé au chef : « Complications secondaires ». Là aussi nous avons encore à tirer quelques conclusions qui nous éclaireront par la suite. Nous voulons parler des hémorragies post-opératoires, des blessures du récurrent, de la tétanie et du myxœdème. Chacun sait que la thyroïdectomie est une opération terriblement sanglante mais quand même les accidents d'anémie aiguë mentionnés dans la littérature lors des premières interventions sont actuellement des complications rarissimes. Il en est de même des blessures du recurrent des cas de myxœdème et de tétanie qui sont à peu près complètement bannis actuellement des complications opératoires. Et c'est là que nous pouvons montrer les progrès énormes qu'a fait la chirurgie dans la technique opératoire.

Nous ne voulons pas comparer entr'elles les statistiques que nous avons sous les yeux, elles ont trait à de cas de gravité différente et une pareille comparaison ne voudrait pas dire grand-chose. Nous ne les reproduirons pas non plus sur ces quelques feuillets, nous en faisons grâce à ceux qui pourraient nous lire. Mais nous attirerons quand même l'attention sur un fait : c'est l'évolution de la mortalité opératoire dans les mains d'un même chirurgien au fur et à mesure qu'il connait mieux la maladie, qu'il est plus habitué à en poser les indications opératoires, qu'il est plus entrainé à intervenir sur des corps thyroïdes. Là l'unanimité est à peu près absolue : un chirurgien qui voit des cas assez nombreux de maladie de Basedow voit sa mortalité tomber tous les ans. D'ailleurs un exemple absolument frappant est celui que nous donnent les Américains. Il y a des chirurgiens comme Crile et Mayo qui opèrent tous les ans des centaines et des centaines de

Basedowiens, et qui après avoir observé ces dernières années une mortalité oscillant entre 0,50 et 1,5 % arrivent à avoir une mortalité pour ainsi dire nulle. Evidemment, d'aucuns nous répondront que les Américains étendent les indications opératoires aux cas tout à fait précoces, mais comme c'est précisément le but vers lequel nous voudrions que convergent tous les chirurgiens français, nous donnerons plus loin les avantages qu'on retire à envisager sous cet angle la thérapeutique du goître exophtalmique.

En France, Bérard qui s'est fait l'ardent défenseur du traitement chirurgical, a vu sa mortalité baisser d'une façon sensible en ces dernières années :

En 1929 : 8 à 10 % de mortalité;

En 1931 : 2 à 4 % de mortalité.

Actuellement : 1 à 2 % de mortalité.

Notre maître, M. le Professeur Jeanneney, dans les 41 cas qu'il a opérés ces derniers temps, ne relève qu'une seule mort et encore celle-ci trouve t-elle toutes ses explications dans une aide opératoire insuffisante et des tares viscérales déjà définitives. Certaines statistiques sont évidemment très belles, le nombre de guérisons complètes qu'elles relèvent est parfois imposant. Aussi certains moments on peut rester sceptique quand on sait la difficulté qu'éprouvent certains chirurgiens avec leur basedowiens, et il est bien difficile dans l'amoncellement des chiffres et l'apparente précision des pourcentages de fixer les suites lointaines et les résultats à distance des thyroïdectomies dans le goître exophtalmique. On lit en 1930 dans un ouvrage sur la maladie de Basedow ces quelques lignes : « Pendant longtemps, présenter un opéré de goitre exophtalmique fut considéré comme une prouesse chirurgicale; quand à sa destinée future peu s'en souciaient. » Aussi la sincérité que nous voulons avoir ici nous oblige à dire que les cas que nous avons observés tant chez M. le Professeur

Bégouin que chez M. le Professeur Jeanneney, ne nous ont pas toujours donné toutes les satisfactions que nous espérions. Evidemment un progrès très sensible a été fait que Marcel Labbé, considéré comme neutre entre les neutres nous met bien au point quand il dit : « Il y a dans la chirurgie des perfectionnements de technique qui ont été apportés ces dernières années et qu'il faut bien connaître pour réussir. Des hommes comme Crile, Lahey, Mayo, travaillant en étroite connexion avec les physiologistes, ont été les premiers à réduire à des proportions infimes la mortalité dans la thyroïdectomie, et à donner à l'opération une efficacité parfaite. Ce progrès s'est fait lentement en Europe où les procédés physiologiques d'examen et de mesure sur lesquels on doit se fonder pour caractériser les affections du corps thyroïde, apprécier leur évolution et fixer leur thérapeutique, ont de la peine à se faire admettre dans la pratique médico-chirurgicale. » Toutefois nous pouvons quand même dire qu'en France le problème de la mortalité opératoire est à peu près résolu, mais pendant que nous avons fait ce pas, les Américains en ont fait un autre.

Les résultats éloignés ne sont pas en effet chez nous ce qu'ils devraient être. Plusieurs malades que nous avons cru guéris nous sont revenus, plus ou moins longtemps après l'opération nous réclamant l'aide nouvelle de notre art. Car pour parler de guérison complète il faut envisager les cas sur une durée d'au moins deux ans après l'opération. Ce n'est pas parce que nous avons coupé court à la crise d'un malade que nous sommes autorisés à l'inscrire sur nos tablettes à l'étiquette « guérisons complètes ». La question des récidives est en effet assez complexe. Les malades se promènent en effet du médecin au chirurgien, en passant par le Radiologiste. Chacun les perd de vue et chacun croit les avoir guéris.

Tout le monde est quand même d'accord pour reconnaitre que dans les cas de gravité moyenne la thyroïdectomie subtotale est la méthode qui donne les meilleurs résultats. Nous renvoyons à ce sujet, au point de vue des résultats comparatifs que donnent les différentes méthodes, à la leçon magistrale faite par M. le Docteur Parcelier, et parue dans le Journal de Médecine de Bordeaux d'août 1932. Peycelon qui, dans sa thèse de Lyon 1929 agite pas mal de statistiques note également que c'est dans la thyroïdectomie subtotale que les récidives sont le moins nombreuses.

Nous ne voulons pas dire que le traitement chirurgical blanchisse complètement le Basedowien de tous les troubles qu'il présentait avant l'opération. Car nous sommes bien obligés de reconnaitre que beaucoup de malades opérés restent des instables : instables cardiaques, instables psychiques, instables digestifs. La chirurgie provoque chez les opérés une amélioration de poids, une amélioration de l'état général, une baisse dans l'intensité des symptômes cardinaux de l'hyperthyroïdisme, mais il n'échappe à personne que toutes ces améliorations sont fonction de la précocité de l'intervention. Aussi pouvons-nous dire aux médecins, plus que jamais toute la nécessité qu'il y a à livrer aux chirurgiens des cas précoces. Malheureusement nous nous heurtons encore à la prévention de pas mal de ceux qui admettent encore que, dans les formes au début, tous les traitements sont susceptibles de donner des améliorations très importantes, voire même des guérisons. Ils savent pourtant comme nous qu'il est impossible de formuler un pronostic sur une maladie de Basedow débutante, aucune des méthodes d'investigation moderne fournies par le laboratoire ou la clinique, n'est susceptible de nous renseigner à coup sûr. Ils savent aussi que l'acuité de la maladie peut se dessiner tout d'un coup, que laisser prolonger son évolution, en se cantonnant dans l'expecta-

tive expose à des désastres. Ils savent enfin que l'opération pratiquée sur un basedowien au début de sa maladie, c'est-à-dire avec un métabolisme basal peu élevé et des viscères intacts, est un acte absolument inoffensif et complètement curateur. Qu'ils regardent leurs confrères américains travaillant en étroite connexion avec les chirurgiens et ils seront alors largement persuadés de l'importance de la question du diagnostic précoce que nous envisageons dans notre second chapitre.

CHAPITRE II

Du diagnostic précoce.

Evolution clinique de la maladie.

Nous avons montré jusqu'ici combien sur des basedowiens avérés toutes les thérapeutiques étaient impuissantes à donner une guérison parfaite. Nous nous proposons ici de parcourir les différentes étapes de la maladie en insistant surtout sur le début. L'analyse clinique a en effet pour but de dissocier la maladie en une série d'éléments qui font naitre l'indication, laquelle conduit à la médication.

La maladie de Basedow est une maladie polymorphe dans ses manifestations. Lorsqu'on envisage son étude clinique il est coutume de faire une différenciation entre le goitre exophtalmique vrai, le goitre basedowifié et l'adenome toxique de Plummer. Nous n'insisterons pas ici sur les ressemblances qui unissent ces affections, ni sur les différences qui les séparent. Nous insisterons particulière-

ment et pour ainsi dire uniquement sur le Basedowisme typique, nous réservant plus loin le droit de parler brièvement du goître basedowifié et de l'adénome toxique.

La maladie de Basedow évolue essentiellement par poussées, par crises séparées par des périodes de rémission plus ou moins longues faisant souvent croire à la guérison. Nous savons qu'il y a des formes à allure très aiguë évoluant en quelques mois, s'accompagnant rapidement de cachexie et d'hyposystolie sans que les signes oculaires et le goitre aient eu le temps de s'esquisser. L'amaigrissement et la tachycardie y revêtent une importance considérable et sont les deux symptômes prédominants. La fièvre s'élève rapidement, la rate s'hypertrophie et, dès ce moment, les dangers de mort sont très grands. Heureusement, ces formes aiguës sont rares, et la thérapeutique à envisager contre elles est tout particulièrement délicate.

Dans la plupart des cas, l'évolution de la maladie est lente, aussi faut-il que le médecin exerce toute sa perspicacité à reconnaître les petits signes du Basedowisme au début.

Que nous révèlent d'abord les antécédents ? La plupart du temps, pas de passé pathologique, les parents se sont toujours bien portés et la malade elle-même n'a jamais eu à se plaindre de sa santé, si ce n'est les petits symptômes que nous voulons ici mettre en évidence. On parle souvent, au sujet des antécédents, de rhumatisme, de tuberculose, de syphilis, mais nous n'avons jamais rencontré ces affections dans tous les cas que nous avons examinés. Nous notons en général que la puberté s'est installée péniblement, que les règles ont toujours été irrégulières dans leur date d'apparition, dans leur durée, dans leur abondance. Du côté psychique, nous relevons toujours de l'émotivité, de l'inquiétude, de l'impatience.

Nous remarquons enfin qu'à l'origine des troubles dont la malade se plaint quand elle vient vous voir pour la première fois, il y a souvent une vive contrariété, une émotion assez intense.

Les premiers troubles qui vont attirer votre attention dans l'examen clinique d'une basedowienne sont donc des troubles du déséquilibre vago-sympathique. Elle vient en effet vous trouver parce qu'elle se sent toujours fatiguée, elle n'a jamais envie de rien faire, même le matin en se levant; elle est toujours en proie à de vagues malaises. Si vous l'interrogez sur son appétit, elle vous dira qu'il est intact, qu'elle mange en général assez bien, mais que, par contre, elle est tantôt constipée, tantôt elle a de la diarrhée. Elle insistera sur le fait que ses règles sont retardées, parfois de cinq à six jours, qu'elles sont moins abondantes qu'auparavant, que souvent même elles sont douloureuses.

Du côté de son caractère, elle a observé un profond changement, les siens le lui ont fait remarquer, et c'est souvent poussée par eux qu'elle vient vous consulter.

Les modifications portent surtout sur deux points : elle est devenue irritable et anxieuse, un rien la contrarie, un rien la préoccupe. Si c'est une malade qui s'étudie, elle aura remarqué que le soir elle fait un ou deux crochets fébriles (nous pouvons ici en attribuer la cause, soit à la toxicité thyroïdienne, soit à l'augmentation des oxydations). Joignons à cela que la malade a vu son poids baisser de quelques kilos, qu'elle a eu quelques crises de sudation prolongée et nous aurons là pas mal de signes d'un disfonctionnement endocrinien évident qui s'est installé à la puberté et n'a fait que progresser depuis.

Il est donc tout naturel que notre attention soit attirée sur le corps thyroïde. Mais si nous examinons à cette époque le cou de notre malade, il est rare que nous le trouvions

augmenté de volume. Les plus expérimentés trouveront peut-être sa base un peu élargie, et ceux pour qui la palpation est un jeu décéleront peut-être en renversant la tête en arrière, l'irrégularité des lobes thyroïdiens, mais en général le médecin ne pourra mettre en évidence le signe du goitre proprement dit. Certains insistent avec Lian, sur l'hypéresthésie cutanée, légère sans doute, qui existe au niveau de la surface de projection du corps thyroïde, mais nous n'accorderons que peu de valeur à ce signe auquel Lian a donné son nom.

Cependant, certains symptômes peuvent être mis en évidence, dès ce moment chez la basedowienne : Recommandons lui d'étendre le bras, d'écarter et de raidir les doigts, nous constaterons alors un léger tremblement. Nous rendrons ce dernier plus évident, en posant sur la main de la malade une feuille de papier assez fin. Ce tremblement est extrêmement régulier, léger, menu, et il est rare qu'il manque, même à cette époque.

Au point de vue oculaire, il n'est certainement pas question à ce moment d'exophtalmie, toutefois nous noterons quand même un certain éclat du regard, bien que celui-ci ne prenne encore ni sa fixité ni son expression particulières.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire doit alors accaparer notre attention et continuer à nous faire ouvrir l'œil, sinon à faire lever nos derniers doutes. Une chose nous arrêtera dès le début : c'est l'accélération du pouls. Il est rare, en effet, que même au début, nous n'observions pas une augmentation très nette du nombre des pulsations. Au repos, nous noterons à peu près les chiffres de 85 à 90 par minute. Si nous prenons la tension artérielle nous la trouvons souvent normale, quoi qu'on ait fait remarquer qu'elle varie d'un moment à l'autre, et qu'on observe souvent une différence de deux centimè-

tres de mercure, entre deux contrôles peu espacés, différence portant surtout sur la maxima.

L'auscultation du cœur nous permettra de constater deux choses : d'abord l'absence générale de troubles organiques, et ensuite le timbre éclatant et vibrant des deux bruits du cœur. Nous insistons surtout sur la première constatation : les troubles du rythme qu'on observe à cette période sont essentiellement en rapport avec un trouble vago-sympathique profond.

Après examen de tous ces troubles variés, la question du diagnostic positif de la maladie de Basedow ne doit pas être loin d'être résolue. Toutefois, si les troubles fonctionnels du cœur manquent rarement, on est surtout attiré par les troubles nerveux. Nous pouvons même dire qu'on rencontre parfois certains cas très difficiles à trancher. C'est ainsi que chez beaucoup de femmes, au cours de diverses affections : polypes muqueux des fosses nasales, végétations adénoïdes, lésions utéro-annexielles, nous assistons à l'éclosion d'un tas de petits signes du Basedowisme : ces femmes présentent de l'agitation, d'autres ont un léger tremblement, beaucoup ont de la tachychardie, certaines même ont de l'exophtalmie. Nous passons rapidement sur les affections nerveuses à siège bulbo-protubérantiel, et même sur les névrôses de localisation indéterminée où nous voyons apparaître divers éléments du symptôme basedowien, mais jamais au complet.

Toutefois, si notre embarras persiste encore après tout cet examen clinique, un élément suprême nous reste, qui devra toujours entrer en ligne de compte, même si nous avons une quasi certitude, c'est la mesure du Métabolisme de base. Avant d'entrer en détail dans l'étude de ce dernier qui est considéré comme la pierre de touche dans le diagnostic et le pronostic des syndromes basedowiens, nous insisterons encore sur un symptôme qui est à notre sens primordial et qui emportera souvent à lui seul le

diagnostic : l'évolution de l'état mental des hyperthyroïdiens. Il est en effet absolument typique. Il ne ressemble ni à celui de l'émotif simple, ni à celui du mélancolique, ni à celui de l'obsédé.

Voici comment Henri Claude l'analyse : « Les Basedowiens sont essentiellement instables et émotifs, de caractère irritable et irascible. Leur inégalité d'humeur aboutit parfois à une insociabilité complète. Tour à tour inquiets et surexcités, ces malades présentent des alternatives d'agitation et de dépression, ils sont irrésolus et excessifs, instables et inattentifs. Tel est ce qu'on peut appeler le fond mental du Basedowien ».

Nous voilà donc maintenant en présence d'éléments bien précis : aux troubles nerveux du début sont venus s'ajouter progressivement : la tachycardie, l'amaigrissement, le tremblement, l'altération complète du caractère. C'est assurément plus qu'il n'en faut pour demander à un praticien expérimenté la mesure du Métabolisme de base. Nous sommes quand même autorisés à dire que même à ce stade bon nombre de médecins, surtout à la campagne, sont encore loin de penser à cette épreuve. Ils vont certainement épuiser toute la gamme des sédatifs nerveux avant de penser au corps thyroïde. Ils attendront même souvent l'apparition du goitre ou de l'éxophtalmie avant d'avoir recours à l'iode. Par conséquent, nous voyons dès maintenant le contingent de Basedowiens qui vont être mal orientés par leurs médecins.

Certains bénéficieront heureusement du précieux concours de la mesure du Métabolisme de base. L'introduction en clinique de ce procédé relativement simple semble devoir apporter une précision mathématique dans le diagnostic et le pronostic de la maladie de Basedow.

Tous les auteurs sont maintenant d'accord sur sa valeur et Marcel Labbé résume l'opinion générale en disant :

« Le Métabolisme basal a la valeur d'un test spécifique; les observations que je poursuis depuis plusieurs années m'ont imposé peu à peu la conviction qu'il n'y a pas de maladie de Basedow sans augmentation du Métabolisme basal. » Certains ont parfois critiqué les chiffres du Métabolisme de base. Précisons que pour que cette épreuve conserve toute sa valeur, la technique précise doit être scrupuleusement appliquée. Des erreurs considérables peuvent être le fait du physicien qui pratique la mesure; des appareils, dont l'entretien parfait permet d'éviter des erreurs grossières; du malade en expérience, son agitation, la gêne qu'apporte le masque accélérant ou amplifiant les mouvements respiratoires sont autant de causes d'erreur.

Au point de vue diagnostic différentiel, cette épreuve nous permet d'éliminer du cadre de la maladie de Basedow des syndrômes qu'on a voulu y faire entrer, d'éliminer ces cas dont nous parlions tout à l'heure, toutes les arythmies, les instabilités cardiaques, les psychoses que l'on a décrites sous le nom de formes frustes. Elle nous permet par contre de rattacher au syndrôme basedowien des formes que l'on en séparait jusqu'alors et de noter les rapports de cause à effet entre l'hyperthyroïdie et ce qu'on avait appelé tachycardie essentielle ou cœur irritable.

Si cette épreuve du Métabolisme basal nous conduit à un diagnostic précoce de la maladie de Basedow, elle pose de ce fait un problème d'une acuité toute particulière et d'une importance capitale, c'est celui de l'intervention précoce. Nous venons, en effet, après un début de Basedowisme tel que nous l'avons envisagé de faire l'épreuve du Métabolisme basal : celle-ci nous donne 20 % d'augmentation. Nous voilà donc en présence d'une maladie de Basedow certaine, nous savons que les symptômes vont s'intensifier, que les lésions vont commencer à s'or-

ganiser, que le malade va s'affaiblir progressivement, qu'il dépensera son argent à se soigner, et qu'en fin de compte il présentera des lésions viscérales définitives. Peut-on donc à ce stade et sur le résultat seul d'une épreuve physico-chimique, faire accepter au patient une décision thérapeutique allant jusqu'à l'opération ?

Nous attendrons le chapitre suivant avant de répondre à cette question, mais nous insistons sur le fait qu'elle se présente dès ce stade de la maladie avec une acuité toute particulière.

Nous pouvons quand même dire qu'en France, à l'heure actuelle, elle ne sera résolue que par une faible minorité dans le sens favorable à la chirurgie.

Toujours est-il que voilà des malades avec un Métabolisme de 20 % qui vont d'abord se voir appliquer un traitement iodé. Il est sûr que l'iode administrée pour la première fois à un Basedowien va donner des résultats remarquables. Aussi notre malade va rengraisser, va voir sa tachycardie diminuer et son état général va redevenir florissant. Il laissera à partir de ce moment l'iode de côté. Et si vous lui avez un jour parlé de l'opération, il dira alors aux siens et à ses proches : « Et dire qu'on a voulu m'opérer. » Certains cas peuvent guérir définitivement, ainsi, mais nous les croyons vraiment peu nombreux. Aussi, dans la majorité des cas, l'amélioration ne va être que temporaire. Cela durera pendant un temps plus ou moins long, pendant des années peut-être, jusqu'au jour où notre basedowienne verra tous ses symptômes revenir avec une intensité toute particulière. Elle temporisera un peu jusqu'au jour peut-être où elle verra son cou commencer à grossir et son poids diminuer dans des proportions considérables. Son caractère deviendra insupportable, et un Métabolisme basal pris à ce moment donnera 30 à 50 %. La peur la poussera de nouveau à

se soigner. Elle aura encore recours au Lugol. Mais le traitement iodé n'aura plus à ce moment la même action que la première fois; il la soulagera un peu quand même. Les mois passeront et l'action de l'iode commencera à s'émousser. Ses palpitations deviendront plus nombreuses, sa dyspnée s'amplifièra, son cou grossira à vue d'œil, son pouls battra à 110, elle deviendra à peine supportable pour les siens. Son médecin lui fera alors faire la connaissance de deux nouveaux médicaments : la digitale et la quinicardine. Les troubles cardio-vasculaires vont de ce fait s'améliorer, et elle va traîner comme cela pendant quelque temps encore. Puis c'est un jour l'exophtalmie qui va prendre des proportions considérables. On forcera alors sur l'iode et la digitale, et la malade en éprouvera encore des soulagements. Il arrivera même des périodes où la maladie semblera absolument s'éteindre d'elle-même, puis un jour, à l'occasion de la moindre infection, à l'occasion d'une fatigue, d'une émotion, d'une grossesse, l'affection va se réveiller avec tous ses troubles, toute sa gravité. La malade se rendra alors compte qu'il faut prendre une mesure énergique. Elle hésitera, puis elle se décidera à aller frapper à la porte du Radiologiste ou du Chirurgien. Elle commencera d'abord par le Radiologiste, car sa méthode n'offre aucun danger et elle en a entendu souvent vanter les bienfaits. Elle pourra encore trouver en la Radiologie un soulagement passager. Après plusieurs séances de Rayons X elle se sentira vraiment mieux, elle engraissera de plusieurs kilos, son pouls diminuera de fréquence. Mettons de côté les cas heureux que guérira la Radiologie et disons que cette amélioration sera de durée plus ou moins longue, puis le cortège des symptômes refera son apparition, et tout d'un coup, une nouvelle crise surviendra. L'aspect de la malade peut devenir effarant au cours de ces crises : exorbitisme, contraction vasculaire, cyanose, angoisse respiratoire sont alors exagérés.

Les crises se calment en quelques heures, mais leur répétition aggrave la maladie, elles sont surtout fréquentes en été.

Nous ne voulons pas exagérer sur les termes dans lesquels on a coutume de décrire la cachexie basedowienne : amaigrissement effarant, œdèmes, albuminerie, atrophie musculaire, vomissements, diarrhée, hypertrophie du foie, ictère, c'est un tableau qu'on remue souvent et qui est, il faut l'avouer, assez rare. Mais voilà quand même une malade qui va avoir maintenant une vie impossible. Nous ne voulons pas dire que toutes les Basedowiennes attendront ce stade pour aller trouver le Chirurgien, mais beaucoup temporiseront jusque-là. Le Chirurgien demandera la mesure du Métabolisme basal : ce dernier oscillera entre 70 % et 100 %. Il fera l'examen physique du corps thyroïde qui apparaîtra très augmenté de volume sous les téguments amaigris. La palpation la plus soignée n'y révélera aucun nodule, mais la consistance en sera élastique, et surtout la glande apparaîtra comme très vasculaire. La main posée à plat peut y percevoir un frémissement. On y notera la plupart du temps une expansion systolique; en comprimant les troncs vasculaires on réduira le volume de la glande. Enfin ce goitre fournira à l'auscultation un souffle dans toute son étendue.

Certains malades viendront même trouver le Chirurgien en état de « vibration perpétuelle ». Certains sont devenus même absolument grabataires, épuisés par la fièvre et les sueurs profuses.

Enfin, parmi tous ces Basedowiens avérés, aucun n'échappe à la déchéance du myocarde. Tous sont des cardiaques qui s'acheminent d'une allure plus ou moins vive vers l'insuffisance cardiaque totale. Mais malheureusement pour eux, cette hyposystolie est pendant très longtemps sensible aux médicaments. Aussi nous pouvons dire que l'iode et la digitale sont deux médicaments bien mer-

veilleux, mais qui rendent de bien mauvais services aux Basedowiens.

Cette insuffisance cardiaque ne deviendra irréductible qu'après des rémissions prolongées. Aussi la malade restera cardiaque et mourra cardiaque. Beaucoup croiront alors qu'à ce stade l'opération peut les tirer d'affaire. Ce n'a été longtemps que de ces seuls cas que les Chirurgiens français ont eu à s'occuper.

Nous devons mentionner également les cas de diabète et de tuberculose pulmonaire qu'on relève chez les Basedowiens rendus aux extrêmes limites, mais l'attention doit être avant tout attirée sur les dangers que présente une insuffisance cardiaque totale, l'albuminerie, l'amaigrissement progressif, la tacharythmie accentuée qui sont autant de symptômes qui doivent nous faire craindre la mort. Insistons toujours sur le fait que celle-ci peut être provoquée subitement ou rapidement par un choc physique ou moral, à la suite d'une intoxication thyroïdienne suraiguë, et même pour Pauchet et Hirschfeld, par la présence du thymus.

CHAPITRE III

Des indications opératoires proprement dites.

« Il faut considérer la cure chirur-
« gicale de l'hyperthyroïdisme un
« peu comme la cure chirurgicale de
« l'appendicite, tant au point de vue
« de la sécurité opératoire qu'au point
« de vue du bénéfice retiré de l'inter-
« vention par le malade. »

CRILE.

Nous abordons dans ce dernier chapitre la question de l'indication opératoire proprement dite. Nous laisserons d'abord de côté les formes graves sur lesquelles l'entente se fait plutôt et nous insisterons surtout sur les formes légères, celles qui restent la plupart du temps dans les mains du médecin, jusqu'au moment où elles deviennent à leur tour des formes graves.

1° *FORMES LEGERES :*

Nous entendons ici exclusivement les formes de début, celles sur lesquelles nous avons longuement insisté au

cours de notre deuxième chapitre, et où nous ne relevons encore que des troubles tenant au déséquilibre vago-sympathique. Pour ces formes nous hésiterons d'abord à prononcer le mot de maladie de Basedow jusqu'au jour où devant la progression des troubles l'amaigrissement continu, le nombre des pulsations de plus en plus fort, le caractère s'altérant, les troubles génitaux ne s'améliorant pas, nous nous déciderons à demander une évaluation du Métabolisme de base. Le laboratoire nous répondra : 15 à 20 % d'augmentation.

Comment établirons-nous alors notre ligne de conduite ?

Notre traitement sera d'abord médical et comportera deux choses : l'iode et le repos complet. Nous insisterons tout particulièrement sur ce dernier, et nous prescrirons le repos au lit si possible, car il faut avant tout bien se rappeler la notion que Dautrebande a si bien mise en lumière : « A la base de l'hyperthyroïdisme il existe un cercle vicieux : la fatigue et le surmenage exagérant la fuite d'iode et accroissent l'hyperfonctionnement thyroïdien. Mais c'est l'hyperthyroïdie elle-même qui motive cette agitation et cette activité désordonnée si préjudiciable à l'état des malades. Il importe donc avant tout autre chose de rompre ce cercle vicieux en imposant au malade un repos physique et moral, en calmant son système nerveux neuro-végétatif, et en compensant par une médication iodée bien conduite la perte excessive de ce métalloïde. »

Nous instituerons donc : isolement du malade, repos au lit si possible, régime dont on bannira les mets et les boissons excitants, suppression de toute émotion, tout souci, toute contrariété. Ce régime à lui seul donnerait déjà une amélioration sensible. Mais il faut dire qu'il n'est accessible qu'à certains malades et souvent difficile et même impossible à la plupart. Aussi c'est à l'iode que

le médecin demandera si le traitement médical à lui seul peut entraîner la guérison.

Mais bien se rappeler alors que « lorsqu'on commence à donner de l'iode à un malade goitreux, on fait en quelque sorte une expérience. D'où l'indication de le tâter en commençant par de petites doses de Lugol (10 gouttes par jours en trois fois). » (Parcelier.)

Dans la plupart des cas, l'action de l'iode va se manifester d'une façon remarquable. Très rapidement, l'état général du malade va s'améliorer considérablement. L'anxiété, l'agitation, la tension nerveuse, l'insomnie disparaissent. L'appétit devient régulier et la tachycardie diminue. Nous demanderons au malade de poursuivre son traitement iodé pendant quatre mois, même s'il juge l'amélioration suffisante avant ce temps. Toutes les formes jeunes de la maladie réagiront très bien à ce traitement iodé, l'iode donnant surtout de très bons résultats dans les cas où dominent les signes d'excitation nerveuse et les signes gastro-intestinaux. Au bout de quatre mois, une mesure du Métabolisme basal nous donnera dans la plupart des cas : 10 % à peine. Nous supposons, en effet, que tous les malades réagissent au traitement iodé, car à ce stade de la maladie l'iodo résistance est une chose très rare.

En général, l'iode administré pendant quatre mois conduira à une quasi guérison. Disons que dans certains cas la guérison sera complète. Ces cas peuvent être considérés comme très heureux. Vous avez plutôt les plus grandes chances de voir votre malade vous revenir un jour en vous disant : « Docteur, depuis que je ne prends plus votre médicament, ça ne va plus. » Votre malade se plaindra que tous ses troubles sont progressivement réapparus, que ses règles sont douloureuses et irrégulières, qu'elle a des bouffées de chaleur, des palpitations, que son carac-

tère devient insupportable et qu'elle est toujours fatiguée. Vous trouverez que son pouls bat aux environs de 90, une mesure du Métabolisme de base sera effectuée par le laboratoire qui vous répondra 25 % environ d'augmentation. Son état est donc à peu près le même que celui dans lequel elle était venue vous voir la première fois; il s'est même légèrement aggravé.

Gardez-vous alors de penser aux bromures, à la valériane, au passiflore et autres sédatifs nerveux. Laissez également de côté la digitale et la quinicardine, réservez-en les bienheureux effets pour plus tard.

Faites comprendre à votre malade qu'elle est au début d'une affection qui peut devenir très grave, qu'elle dépensera son temps et son argent à épuiser les moyens que la Médecine et la Radiologie mettront à sa disposition, qu'elle restera toute sa vie une demi-infirme, si elle refuse d'accepter l'opération que vous lui proposez; insistez auprès d'elle sur le fait que le traitement chirurgical réalisé tardivement est souvent voué à des échecs, qu'elle ne risque absolument rien à accepter une opération qui, pratiquée à ce stade de la maladie est absolument inoffensive et certainement curatrice. Si elle vous demande de lui prescrire une seconde cure iodée, assurez la que l'effet en sera beaucoup moins net que la première fois, qu'elle viendrait vous retrouver une troisième fois pour lui en prescrire une troisième qui n'aurait plus qu'une efficacité minime, et qu'elle serait ainsi privée d'un médicament dont elle a le plus grand besoin pour la placer dans les conditions absolument adéquates à l'opération. Il faut en effet bien se pénétrer du fait que l'iode n'est que le premier acte du traitement, et doit toujours être complété par l'acte curateur, l'acte chirurgical, qui, placé sous sa sauvegarde, ne présente absolument aucun danger.

L'an dernier encore, notre maître, le Professeur Jeanneney, écrivait dans son rapport sur la maladie de Base-

dow : « Tant que la chirurgie du goitre exophtalmique n'aura pas une mortalité nulle on doit essayer la Radiothérapie dans les limites basées sur l'expérience. »

Or, nous croyons avoir suffisamment étudié dans notre premier chapitre les causes de la mortalité opératoire pour pouvoir répondre à coup sûr qu'une Basedowienne au stade où nous la prenons, c'est-à-dire avec un goitre et une exophtalmie le plus souvent même pas dessinés, un pouls stable battant à 90, des troubles digestifs à peu près inexistants, des troubles organiques de toute évidence nuls, qui n'a jamais eu de crise d'hyperthyroïdie, et dont le Métabolisme basal à 30 % est un plafond, ne risque absolument rien, après une préparation iodée intense, à se mettre entre les mains d'un Chirurgien expérimenté.

Nous ne voulons pas dire que la Radiologie n'apporterait pas de sensibles soulagements à de pareils malades, mais nous sommes absolument sûrs, l'enseignement de nos maîtres, MM. Parcelier et Lefèvre, chirurgiens des Hôpitaux, nous l'ont bien fait comprendre, que les résultats que donnerait la Radiothérapie, en admettant qu'elle en donne, ne peuvent rivaliser au point de vue rendement immédiat, perfectibilité et durabilité, avec ceux de la Chirurgie.

Le principe de l'opération, une fois accepté, il ne vous restera plus, votre malade ayant pleine confiance en vous, qu'à commencer le traitement pré-opératoire. Comme notre maître, le Professeur Jeanneney, nous recommandons avant l'opération :

1° Le repos complet, physique et moral, éviter toutes émotions et, au besoin, ne pas dire au malade le jour de l'opération;

2° Traitement iodé pendant les dix jours qui précéderont l'opération. Au delà de dix jours, l'action de l'iode

commence déjà à s'atténuer un peu. On administrera en cinq prises 20 à 30 gouttes par jour de la solution :

Iodure de potassium : 10 grammes;

Eau : 100 grammes.

3° Rehydrater le malade, s'il est un peu amaigri, par une injection sous-cutanée de sérum stovaïné à 1 p. 100 : 1 litre tous les jours, 3 jours avant l'opération;

4° Trois jours avant l'intervention : digitaline.

L'opération sera évidemment faite sous anesthésie locale. Comme modalité, il ne saurait être évidemment question que de la subtotale, c'est-à-dire qu'on enlèvera tout ce qu'on pourra de corps thyroïde en respectant uniquement une languette postérieure pour protéger les parathyroïdes et le nerf récurrent.

Soins post-opératoires :

1° Repos absolu;

2° Continuer le traitement iodé, le premier jour en badigeonnant à la teinture d'iode la face antérieure des deux cuisses puis dès que le malade peut avaler avec le Lugol (qui sera administré pendant des semaines);

3° Rehydrater par des injections de sérum sous-cutané;

4° Appliquer une vessie de glace sur le cou et sur le cœur, et si la température dépasse 40°, plusieurs vessies sur le cou, la tête, le cœur et l'abdomen;

5° Si les accidents s'aggravent malgré ce traitement, désunir la plaie et la drainer largement;

6° Alcaliniser l'opéré (sérum bicarbonaté, eau bicarbonatée);

7° Morphine et eserine;

8° Digitale.

Nous ne répéterons point pour les autres formes de la maladie, les soins pré et post-opératoires. Nous les avons fixés une fois pour toutes ici.

Dans cette première catégorie, nous n'avons rangé que les Basedowiens, à la période de début, ceux dont le Métabolisme basal oscille autour de 20 %, et qui ne présentent que les premiers signes de l'hyperthyroïdisme, malade chez lesquels le traitement iodé appliqué pendant trois à quatre mois n'a pas réussi à provoquer un soulagement durable et définitif.

II. — *FORMES MOYENNES.*

Dans cette deuxième catégorie, nous rangeons les cas les plus nombreux de Basedowisme. Nous y rencontrons, en effet, ceux qui ont déjà fait quelques cures iodées, qui ont épuisé la gamme des médicaments nerveux et qui ont quelquefois subi plusieurs séances de Radiothérapie. Chez ces malades, les signes du Basedowisme se rencontrent au complet, quelques-uns même y prennent une intensité très grande. Aussi faudra-t-il tenir compte de l'évolution et de l'importance de chacun d'eux avant de poser l'indication opératoire.

Le goitre est chez certaines volumineux, l'exophtalmie est quelquefois très prononcée, l'amaigrissement peut se chiffrer par plusieurs kilos amenant ainsi un état général défectueux, la tachycardie est parfois considérable avec un pouls très instable. battant aux environs de 110, dyspnée et palpitations rendent souvent au point de vue fonctionnel la vie de la patiente absolument intenable.

Les troubles digestifs peuvent être très accentués, nous insistons même particulièrement sur la diarrhée. Les troubles polyglandulaires se traduisent par de l'oligorhée, parfois de l'amenorrhée. Le tremblement atteint chez cer-

taines une intensité très grande pouvant se traduire par un tremblement de tout le corps. Certaines ont des bouffées de chaleur et des crises de sueurs continuelles. Les troubles psychiques évoluent évidemment en concomitance avec les signes déjà décrits.

La question du Métabolisme revêt alors ici une importance capitale : il oscille entre 30 et 50 %. Mais nous attirons tout spécialement l'attention sur le cœur. Le pronostic est en effet commandé par les troubles cardiaques d'abord, le Métabolisme ne vient qu'ensuite.

Disons que dans cette catégorie nous rencontrons parfois des malades qui n'ont encore subi aucun traitement iodé, les symptômes ayant évolué chez eux avec une rapidité toute particulière. Il est de toute évidence que nous essaierons chez ceux-là le traitement médical pendant trois ou quatre mois et que ce n'est qu'après un échec de de ce dernier qu'ils retomberont au point de vue opératoire dans la catégorie que nous envisageons actuellement.

Il est alors coutume dans ces cas de prononcer la phrase connue de Marcel Labbé : « J'expose à la malade les avantages et les inconvénients des deux méthodes (Chirurgie et Radiothérapie) et je la laisse choisir. Si vous vous faites opérer, vous guérirez mieux, plus solidement et plus vite, mais vous courrez quelque risque et vous aurez une cicatrice. Si vous êtes traitée par les Rayons, ce sera plus long et moins sûr, mais vous ne risquez rien. »

La phrase vaut bien qu'on la discute, et c'est précisément le risque que court le malade que nous allons étudier maintenant, car il est évident que la question de la cicatrice entre pour bien peu de poids dans le plateau de la balance.

L'écueil qui consiste à opérer en pleine crise d'hyperthyroïdie est une chose que nos chirurgiens n'ont plus maintenant à enregistrer, mais la question qui revêt une

acuité toute particulière, c'est de bien savoir les effets que le traitement iodé préopératoire doivent avoir produit sur le Basedowien avant de tenter l'opération.

Nous lui demandons d'abord une chute sensible du Métabolisme basal. Ce dernier doit tomber aux environs de 20 à 25 %. Sachons qu'à partir de 35 % il commence à être un véritable danger, bien que certains chirurgiens aient pu se vanter d'avoir opéré avec de très bons résultats des Basedowiens ayant un Métabolisme de 50 %. Dans le service de M. Lefèvre, chirurgien de l'Hôpital Saint-André, nous relevons des cas de ce genre.

L'iode doit également provoquer une nette amélioration des troubles vasculaires. Le pouls doit descendre aux environs de 90 à 100, mais nous insistons ici sur un élément capital : c'est que son instabilité doit être complètement réduite. Dans le cas contraire elle constitue un danger très grand. Nous relevons en effet dans une de nos observations la mort d'une malade chez qui le traitement préopératoire n'avait pas réussi à faire rétrocéder l'instabilité du pouls.

Du traitement iodé nous réclamons également une nette amélioration de l'état général.

Nous attirons également l'attention sur l'instabilité psychique. Un état de nervosité exagéré avec période de dépression doit être vaincu si nous voulons n'avoir aucun risque opératoire.

Un symptôme sur lequel M. le Chirurgien Lefèvre a attiré notre attention et qui complique aussi sérieusement notre pronostic est une diarrhée rebelle. Sachons que ce symptôme doit être également réduit par le traitement pré-opératoire.

L'exophtalmie et les troubles glandulaires n'entrent évidemment pas pour grand'chose dans l'indication opératoire.

Il n'en est pas tout à fait la même chose du goitre. Cœlho, de Lisbonne, a en effet remarqué qu'un symptôme peut ici rentrer en ligne de compte : c'est l'augmentation de consistance, la fermeté que présente le corps thyroïde sous l'influence du traitement iodé. Cette notion concorde bien avec ce que nous savons des goitres vasculaires battants qui sont toujours plus difficiles à opérer que les goitres raffermis.

Une dernière chose doit nous préoccuper encore avant de poser l'indication opératoire : c'est l'examen du cœur. Si notre malade présente des petits signes d'insuffisance cardiaque, nous lui donnerons de la digitaline. Si les troubles persistent quand même, notre pronostic en sera aggravé.

Nous demandons donc au traitement préopératoire, pour que le risque de mort soit nul :

1° Que le Métabolisme soit descendu presque de moitié;

2° Que le pouls soit devenu stable en même temps que sensiblement diminué dans sa fréquence;

3° Que l'instabilité psychique soit réduite;

4° Que la diarrhée soit vaincue;

5° Que le malade ne présente pas de signes d'insuffisance cardiaque.

Nous pouvons y ajouter deux autres conditions, mais pas absolument nécessaires :

C'est l'amélioration très nette de l'état général et le raffermissement du goitre.

Les malades qui présentent ces conditions ne risquent absolument rien au point de vue opératoire. Nous ne pouvons évidemment pas leur promettre que la récidive ne se produira certainement pas, comme pour les malades de la catégorie précédente, mais nous pouvons quand

même leur dire qu'elle a les plus grandes chances de ne pas se produire, avec une thyroïdectomie subtotale effectuée dans les conditions requises.

Si le traitement iodé n'a pas réussi à améliorer les signes cliniques et le Métabolisme de base dans les mesures que nous réclamons, la mortalité opératoire ne devient plus nulle dans le cas d'une intervention. Il nous est alors permis devant la persistance d'un des éléments cardinaux que nous venons d'énoncer, de penser à la Radiothérapie, plutôt que de vouloir s'entêter à chercher la porte de sortie dans une intervention immédiate. Les Rayons X pourront en effet vous donner cette amélioration suffisante d'un symptôme que nous avons en vain demandé à l'iode.

Iode, digitale, Radiothérapie, voilà les trois adjuvants qui doivent préparer le malade pour la cure du goitre exophtalmique. C'est pourquoi il ne faut pas en abuser trop tôt et leur demander l'acte curateur qu'ils n'ont que très rarement réussi à obtenir à eux seuls.

III. — *FORMES GRAVES.*

Nous rangeons d'abord dans cette catégorie ceux des malades précédents que le traitement iodé et la Radiothérapie n'ont pu préparer dans des conditions acceptables pour l'opération.

Ce sont ceux qui présentent soit une diarrhée rebelle, une anxiété et une irritabilité psychique que rien ne peut vaincre, un Métabolisme de base qui ne veut pas descendre, une instabilité du pouls qui ne se dément pas, des signes d'insuffisance cardiaque que rien n'améliore.

Nous y trouvons en second lieu tous ceux dont le Métabolisme de base dépasse 50 % et va jusqu'à 70 et 80 %, ceux qui ont des lésions organiques avérées et paraissant

définitives. Pour cette catégorie de malades, nous essaierons bien l'iode et la Radiothérapie, mais la plupart du temps l'amélioration sera bien minime, car les malades présentent des lésions cardiaques et rénales bien établies. C'est malheureusement ce lot de Basedowiens qui fait encore le plus de tort à la chirurgie. Car il est de toute évidence qu'on ne peut opérer un malade qui présente une albuminerie rebelle sans que le risque opératoire soit très grand. Certains s'acheminent vers une défaillance cardiaque progressive et complète avec phénomènes asystoliques prononcés et œdèmes, et demandent quand même l'opération.

Il serait alors prétentieux de vouloir établir le critère de l'opérabilité et de la non opérabilité. Certains chirurgiens poussent alors très loin les indications opératoires. Toutefois, ils trouvent dans les opérations sériées le moyen d'éviter de très gros risques. Comme le dit si bien Pauchet, « il faut proportionner l'acte opératoire au potentiel vital du sujet ». Nous ferons alors l'opération en plusieurs temps qui se décomposeront comme suit :

1° Ligature polaire supérieure.

Puis, un mois après :

2° Thyroïdectomie subtotale d'un côté.

Et, un mois après :

3° Thyroïdectomie subtotale de l'autre côté.

Nous aurons recours à cette opération par étapes chaque fois qu'on aura le moindre doute sur l'intégrité cardiaque et la résistance générale du sujet. Toutefois, sachons que les cas où l'albuminerie est marquée, où l'excitation psychique est intense, où le Métabolisme dépasse 100 %, doivent être réservés à la Radiothérapie.

Si nous réservons à la Chirurgie les cas de défaillance ruoycardique c'est qu'elle c'est révélée comme la seule méthode capable de donner encore une amélioration dans

ce cas. Comme le dit Gallavardin : « Il faut pousser très loin les indications opératoires, car certains malades opérés à une période presque désespérée ont été remarquablement améliorés, et il n'y a pas de contre-indications absolue à la thyroïdectomie malgré l'état cardiaque souvent impressionnant. Il faut mettre le malade en confiance et lui faire accepter sans trop de crainte le principe de l'opération ».

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans dire que la chirurgie est toujours la méthode de choix.

1° dans les goîtres en tranformation maligne, c'est-à-dire dans les cancers thyroïdiens, dès qu'on est sûr du diagnostic il faut opérer sans hésitation. « L'indication opératoire est ici posée par la tumeur maligne autant et même plus que par l'hypertyroïdie. » (Jeanneney).

2° Dans les goîtres basedowifiés et adénomes toxiques. Ici il n'y a que la chirurgie qui puisse arrêter l'évolution rapide de ces deux affections.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Bégouin.)

F... Clotilde, 49 ans, entrée le 16 novembre 1931 dans le service de M. le Professeur Bégouin. Opérée le 4 décembre 1931. Amélioration durable de tous les signes cliniques.

Antécédents personnels : Hystérectomie pour fibrome en août 1929. Après cette opération, bouffées de chaleur et nervosisme marqué. En août 1930 : maladie fébrile avec céphalée, température à 40°, douleurs articulaires. Tous ces symptômes disparaissent en quelques jours, mais dans les mois qui suivent s'installent les signes cardinaux de la maladie de Basedow : exophtalmie, tachychardie, tremblement, goitre. En même temps se produit un amaigrissement de 12 kilos, elle a des palpitations de cœur, ses jambes sont enflées le soir, de temps à autre elle a des crises d'étouffement, elle a toujours trop chaud, ses bouffées de chaleur sont continuelles.

Métabolisme basal en août 1931 : + 78 %.

Evolution et traitement : On lui donne d'abord de l'hémato-éthyroïdine qui provoque chez elle une amélioration et on commence directement le traitement pré-opératoire au Lugol (II gouttes par jour). On lui donne en même temps du valérianate de quinine et du gardénal, ce qui l'améliore beaucoup. L'exophtalmie diminue, le pouls passe de 110 à 76, l'insomnie disparaît et le métabolisme basal passe successivement à + 46 % et à + 30 % le 1er décembre 1931. Voilà une malade à qui on administrait de l'iode pour la première fois et qui se trouve donc vite et parfaitement préparée pour le traitement chirurgical.

Opération le 4 décembre 1931 : Elle subit une thyroïdectomie subtotale après lavement éthéré. L'opération se passe dans les meilleures conditions.

Suites opératoires : Les trois jours suivants, la température reste aux environs de 39°, le pouls bat à 130. Le quatrième jour, le pouls et la température tombent, elle expectore très facilement.

Le 15 décembre 1931 : Métabolisme basal + 25 %, on continue le traitement iodé et tous les signes cliniques disparaissent, le pouls revient à 70.

Elle sort du service de M. le Professeur Bégouin le 19 décembre 1931. L'an dernier elle était toujours très bien portante et ne présentait plus aucun signe apparent de Basedowisme.

OBSERVATION II.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Bégouin.)

B... Amélie, 39 ans, entrée le 27 mai 1932 dans le service de M. le Professeur Bégouin. Opérée le 10 juin 1932. Amélioration notable de tous les signes cliniques.

Début : Remonte à octobre 1931. Changement de caractère, irascibilité prononcée, nervosisme, tremblement envahissant progressivement les membres supérieurs et inférieurs. Bientôt apparaissent des bouffées de chaleur, des palpitations de cœur, de la diarrhée, des digestions très difficiles. La malade consulte un médecin qui la soigne d'abord pour dilatation d'estomac. Continuant à maigrir, elle va voir un second médecin qui diagnostique une maladie de Basedow. En avril, le pouls est à 120. Le traitement iodé est assez mal supporté. Le docteur E..., consulté, conseille la cure chirurgicale.

A son entrée dans le service de M. le Professeur Bégouin on constate que son pouls bat à 110 et est très instable. Le tremblement et le nervosisme sont assez accentués. Amaigrissement de 17 kilos depuis le début.

Métabolisme basal : + 40%.

Traitement pré-opératoire : Repos et Lugol (on passe progressivement de 2 à 6 gouttes par jour). On donne également un peu de digitale. Le tremblement diminue alors considérablement. Le pouls devient stable et bat à 90. La malade est moins nerveuse, elle mange mieux et boit bien.

Métabolisme basal : + 21 %.

Opération : Thyroïdectomie subtotale le 10 juin 1932 après lavement éthéré, par M. le Professeur Bégouin.

Suites opératoires : La malade est agitée et énervée après l'opération. On redonne du Lugol et un lavement au Chloral. Tous les signes sont à peu près disparus, l'état général est bon. Le 22 juin elle quitte le service.

Revue l'an dernier ,la malade n'a aucun retour menaçant des symptômes basedowiens.

OBSERVATION III

Malade opérée le 29 décembre 1933 après un traitement pré-opératoire qui n'avait pas réussi à placer la malade dans les conditions absolument adéquates à l'intervention. Mort.

S... Danièle, transéatée du service du Professeur M... le 19 novembre, pour maladie de Basedow.

Début : Remonte à 1929. A commencé par le goitre, puis apparition d'exophtalmie aménorrhée, tremblement, et enfin tachycardie. Depuis trois ans, ces symptômes ont sensiblement régressé chaque fois que la malade a consenti à se soigner. Il y a trois ans elle a pris du Lugol et de l'Hémato-ethyroïdine. Il y a deux ans elle a repris le traitement iodé. Voilà donc une malade qui a donc bien réagi tout d'abord à l'iode, puis devant l'insuffisance de ce dernier, elle a eu recours l'an passé (c'est-à-dire en 1932) à la digitale et au bromure de potassium, puis enfin à la belladone et à la valériane. Depuis deux ans le goitre n'a pas augmenté de volume, mais les symptômes sont restés stationnaires, sans aucun retentissement sur l'état général. Jamais d'amaigrissement, ni de diarrhée, ni d'insomnie. Dans les antécédents on ne trouve que l'abus de consommation de thé et de café très fort.

Examen le 25 novembre 1933 : Goitre volumineux portant sur les deux lobes et sur l'ithsme, goitre nodulaire sans prolongement sternal. Exophtalmie sans éclat particulier du regard. Mais tachycardie très importante avec arythmie également notable. Le pouls passe de 140 à 90 dans les périodes de calme. Tremblement très léger, mais hypérémotivité prononcée. Toujours bon état général, ni amaigrissement, ni insomnie.

Métabolisme basal : + 51.

Traitement pré-opératoire : A été poursuivi pendant un mois, l'administration de Lugol étant complétée par la digitale, le bromure de potassium et la valériane. Toutefois, la tachycardie n'a pas rétrocédé et le pouls est toujours resté aussi instable, on s'est quand même décidé à intervenir en plusieurs temps.

Opération le 29 décembre 1933 : Premier temps par le docteur L..., après lavement éthéré. Thyroïdectomie subtotale du lobe gauche et de l'isthme. Enlèvement en tout de 130 gr. de tissu thyroïdien.

Après l'opération, pouls arythmique aux environs de 100.

Suites opératoires : Jusqu'à 10 heures du soir, agitation, mais aucune élévation anormale de température. Pouls toujours arythmique, à un peu plus de 100. Pas de délire.

A 10 heures du soir, brusquement, syncope blanche et mort.

Il semble que dans ce cas, la tachy-arythmie et l'hypérémotivité persistantes aient été la cause de cet échec.

OBSERVATION IV.

(*Due à l'obligeance de M. le professeur* BÈGOUIN.)

M... Catherine, entrée le 26 novembre 1933 dans le service de M. le professeur Bédouin, opérée le 18 décembre. Congestion pulmonaire post-opératoire, mais amélioration clinique durable.

..*Début :* En mai 1931, par des palpitations de cœur, un peu d'œdémie des jambes le soir, un peu de maladresse des membres supérieurs. En juillet, crise aiguë de type rhumatismal avec douleurs dans les jambes et les épaules. Quelques jours après, on constate les quatre signes cardinaux de la maladie de Basedow : exophtalmie, goitre, tachycardie, troubles du caractère.

Le 1er décembre, Metabolisme Basal à + 90 %.

Traitement pré-opératoire : Le Lugol, la digitale et le bromure provoquent une amélioration considérable. L'insomnie disparaît, la tachycardie diminue. Le pouls passe de 120 à 96.

Le 15 décembre : Métabolisme basal à + 29 %. Mais il existe toujours un peu d'irritabilité psychique et de nervosisme.

Opération le 18 décembre : Thyroïdectomie subtotale après lavement éthéré, par M. le professeur Bégouin. Durée : une heure et demie.

Suites opératoires : Congestion pulmonaire droite, qui rétrocède sous l'effet de ventouses et septicémine intra-veineuse.

Elle quitte le service le 25 janvier 1934, avec une amélioration de tous ses signes, un tremblement minime et un métabolisme basal à 26 %.

OBSERVATION V.

.. (*Due à l'obligeance de M. le professeur* JEANNENEY.)

L... Jeanne, 31 ans. Entrée le 12 octobre 1933 dans le service de M. le professeur Jeanneney. Opération le 15 novembre 1933. Amélioration générale de tous les symptômes.

On ne trouve rien d'intéressant à signaler dans les antécédents héréditaires de la malade. Elle a été réglée à 13 ans, ses règles durent toujours sept ou huit jours, elles sont douloureuses et l'obligent à garder le lit. Elle est mariée, son mari est bien portant. Elle a été soignée pendant quelque temps par le docteur M..., pour des douleurs dans la fosse iliaque gauche. Depuis le mois de juin, son cou a grossi progressivement, son caractère s'est modifié très vite, elle a présenté du tremblement, puis ses règles ont diminué. Elle a ensuite ressenti des crampes continuelles, est devenue asthéniée, a présenté de la tachycardie. Son état général est quand même resté assez bon, son appétit n'a pas été diminué, elle a depuis six mois deux ou trois selles par jour. Ces derniers temps, sa dyspnée et ses crampes se sont encore intensifiées, elle dort mal et se voit maigrir. Metabolisme basal + 41.

Traitement préopératoire : Repos complet. Régime approprié, duquel on a banni tous les aliments et boissons excitants. Hematoéthyroïdine. Traitement iodo-ioduré. Dans les premiers jours de novembre 1933, on assiste à une amélioration très nette de l'état général et de tous les symptômes.

Opération le 15 novembre 1933 : Thyroïdectomie subtotale après lavement éthéré, par Monsieur le Professeur Jeanneney.

Suites opératoires : Sont très bonnes. Pas d'augmentation de température. L'état général reste bon, mais on remarque une dilatation de la pupille droite. Metabolisme basal + 19.

On la revoit le 29 septembre 1933, elle est très améliorée à tous les points de vue, elle est moins nerveuse, elle a engraissé de 5 kilos en un mois.

Le 30 mai 1934 : elle a de nouveau maigri de 2 kilos. Elle est lassée et redevient nerveuse.

OBSERVATION VI.

(*Due à l'obligeance de Monsieur le professeur* JEANNENEY.)

P... Lucie, âgée de 37 ans. Entrée le 13 octobre 1934 dans le service le Monsieur le Professeur Jeanneney. Opération le 25 octobre 1934. Amélioration générale.

On ne relève rien de spécial dans les antécédents héréditaires de la malade. Dans les antécédents personnels, il faut signaler que la malade a eu des abcès froids aux bras et au cou pendant son enfance. Elle a été réglée à 15 ans, mais ses règles ont toujours été irrégulières dans leur époque d'apparition; elles arrivent en général avec quatre ou cinq jours d'avance et sont très peu abondantes. Elle a en outre des pertes blanches, qui témoignent de l'atteinte de son état général.

En 1920, c'est-à-dire il y a quinze ans, elle a eu une angine, depuis elle est toujours astheniée, dit-elle, elle a eu également un abcès à la main, il y a cinq ans. On relève, semble-t-il, les éléments d'un terrain tuberculeux. Elle a ensuite présenté du tremblement, des palpitations, des bouffées de chaleur. Tous ces symptômes remontent donc à très loin. En plus, ces derniers temps, son état général s'est encore abaissé, elle a perdu

tout appétit, de la dyspnée et des vertiges sont apparus. Elle dort mal, présente des sueurs nocturnes. C'est au début de juillet qu'on l'examine dans le service de Monsieur le Professeur Jeanneney. On constate la présence d'un hémi-goitre droit avec hémi-exophtalmie droite. On lui prescrit un traitement médical : Lugol, Hemato-éthyroïdine, Passiflore, Sedobrol. On la revoit le 13 octobre 1934 : elle a engraissé et est améliorée. Metabolisme basal + 30.

Traitement pré-opératoire : Repos complet et Lugol. Le tremblement s'efface, les bouffées de chaleur deviennent moins fréquentes; elle présente peu de nervosisme. Toutefois, son corps thyroïde a un peu grossi, et on relève la présence de quelques ganglions.

Opération le 25 octobre 1934 : Hémi-thyroïdectomie droite et thyroïdectomie subtotale gauche, par Monsieur le Professeur Jeanneney, qui enlève en tout 115 grammes de tissu thyroïdien.

Suites opératoires : Sont très bonnes, ni augmentation de pouls, ni température. Amélioration générale de tous les symptômes, sauf de l'exophtalmie, qui persiste toujours. Métabolisme basal est descendu à 18.

OBSERVATION VII.

(*Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur* JEANNENEY.)

D... Marie, 28 ans, vue pour la première fois, le 29 mai 1934, par Monsieur le Professeur Jeanneney. Opérée le 3 juillet. Les résultats semblent très satisfaisants.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. La malade a été opérée de l'appendicite à 23 ans, par Monsieur le Professeur Chavannaz.

Début : Remonte à trois ans. La malade a commencé à avoir des palpitations, des bouffées de chaleur, de la dyspnée; du tremblement, elle est en même temps devenue très nerveuse. Elle attribue tous ces troubles au départ, le 20 mai, de la maison familiale, de son frère jumeau, âgé alors comme elle de 25 ans.

Elle est alors allée trouver le docteur G..., qui a diagnostiqué une maladie de Basedow et a prescrit extrait thyroïdien et hemato-éthyroïdine. L'amélioration a été passagère. Le docteur C... consulté en second, lui a institué un traitement iodé qui l'a longtemps améliorée, mais devant la reprise des troubles, elle a été adressée à Monsieur le Professeur Jeanneney. Ce dernier a observé un goitre assez petit, avec souffle thyroïdien très net. Il a commencé le traitement pré-opératoire. Le métabolisme basal est descendu à + 29. Ne voyant par ailleurs aucune contre indication, il a décidé l'opération.

Opération le 3 juillet 1934 : Thyroïdectomie subtotale par Monsieur le Professeur Jeanneney, effectuée dans les meilleures conditions.

Suites opératoires : Amélioration notable de tous les signes. Demande à être revue.

OBSERVATION VIII.

(*Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur* JEANNENEY.)

D... Berthe, 40 ans. Vue pour la première fois le 17 juin 1930 par Monsieur le Professeur Jeanneney. Opérée en août 1930, en plusieurs temps. Amélioration générale et durable.

On ne trouve rien d'important dans les antécédents héréditaires et personnels. Elle a été réglée à 13 ans. Est devenue dysménorrhéique. Elle a souvent des douleurs dans le ventre en se couchant. Pas de grossesse, ni de fausse couche.

Début : Semble remonter à août 1927, par de la dyspnée, des palpitations, des vertiges, des crampes. L'appétit est conservé, mais la malade digère mal et il s'installe alors une diarrhée tenace. Elle dort mal. Depuis le mois de février 1930, époque à laquelle elle a eu une grippe, elle est très amaigrie, a des bouffées de chaleur continuelles et son caractère subit de profondes modifications. L'hémato-ethyroïdine a toujours été sur elle sans action. Le Lugol lui a donné des améliorations, mais une mesure du métabolisme basal est demandée par Monsieur le Professeur Jeanneney : 42 % d'augmentation. Le traitement iodé ne faisant pas baisser ce chiffre, la diarrhée et l'excitation psychique persistant, l'opération en plusieurs temps est décidée.

Opération : En juillet 1930 : ligature polaire supérieure, complétée ensuite par la thyroïdectomie subtotale de chaque côté en deux étapes distinctes.

Suites opératoires : Sont relativement bonnes. L'amélioration persiste toujours.

OBSERVATION IX.

(*Due à l'obligeance de M. le Professeur* JEANNENEY.)

S... Cécile, 28 ans, vue la première fois le 6 avril 1934, par Monsieur le Professeur Jeanneney. Opérée le 24 avril. Amélioration totale.

Les antécédents héréditaires ne donnent rien de bien intéressant. On relève toutefois que la mère était nerveuse. La malade a été réglée à 12 ans et demi. Ses règles sont régulières dans leur apparition, mais peu abondantes. Sa digestion a toujours été lente et pénible.

Début : Remonte à peu près à un an. A la suite d'un surmenage prolongé, elle a présenté de la dyspnée, des palpita-

tions, des vertiges, des bouffées de chaleur, de la cephalée. Depuis ce temps, elle dort également très mal et a un peu maigri. Son caractère s'est profondément modifié.

Métabolisme basal le 19 décembre 1933, était de + 55,6.

Le 2 avril 1934, après traitement pré-opératoire (repos et Lugol), il est de + 24.

Opération le 4 avril : Par M. le Professeur Jeanneney. Angio-neurectomie des pédicules inférieures et résection des gaines sympathiques cervicales.

Amélioration totale.

CONCLUSIONS

I. - *Cas légers au début.*

a) Après un diagnostic précoce, contrôlé par la mesure du Métabolisme basal (20 o/o en moyenne d'augmentation), essayer pendant trois ou quatre mois le traitement médical :

Repos absolu, au lit si possible ;

Petite dose prolongée de Lugol ;

Au besoin quelques séances prudentes de Rayons X contrôlées par la mesure du Métabolisme de base.

b) Si la guérison n'est pas obtenue ainsi très simplement : *Thyroïdectomie subtotale.*

C'est à ce stade la certitude de très bons résultats immédiats et éloignés.

II. - *Cas d'intensité moyenne* (Métabolisme entre 30 et 50 o/o)

Si nous sommes en présence d'un cas non traité encore par l'iode, essayer pendant trois ou quatre mois comme dans le cas précédent le traitement médical avec quelques séances de Rayons X.

En cas d'échec : *Thyroïdectomie subtotale.*

Si le malade a déjà épuisé les ressources des traitements médical et radiothérapique, ne consentir à l'opérer, en lui

promettant un risque opératoire nul et une guérison à peu près parfaite, qu'après un traitement préparatoire intensif qui aura provoqué :

a) la baisse sensible du Métabolisme basal ;

b) la suppression de l'excitation psychique ;

c) la disparition de l'instabilité du pouls ;

d) la rétrocession de la diarrhée ;

Et après n'avoir constaté aucune lésion organique.

Si ces conditions sont réalisées : *Thyroïdectomie subtotale*. Si elles ne le sont pas, le malade rentre dans le cas suivant.

III. - *Cas graves* (Métabolisme entre 50 et 100 o/o).

Essayer le repos et l'iodothérapie.

En cas d'échec essayer la Radiothérapie.

Et si la gravité des symptomes s'accroît, appliquer le principe des *opérations par étapes.*

Toutefois le risque opératoire est ici loin d'être nul et le pronostic se trouve singulièrement aggravé en présence d'une albuminurie intense, d'un Métabolisme basal irréductible et d'une excitation psychique continue, sans compter évidemment l'insuffisance cardiaque.

Les formes foudroyantes dépassent toute thérapeutique.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
JEANNENEY

Vu : *Le Doyen,*
Pierre MAURIAC.

Vu, et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 8 Décembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A TERRACHER

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD : Le Syndrome Basedowien, *Progrès Médical* de 1932.

ALAMARTINE : *Thèse de Lyon* 1910. — *Société de Biologie du 29 avril* 1911. — *Revue de Chirurgie* 1913, t. XLVII.

ALAMARTINE et PERRIN : Résultat des opérations thyroïdiennes. *Lyon Chirurgie* 1911, t. VI.

BÉCLÉRE : Traitement du goitre exophtalmique, *Journal Médical Français,* juillet 1920.

BÉRARD : Traitement du goitre exophtalmique, *Bruxelles Médical du* 31 *mai* 1931. — *Lyon Chirurgical* de 1925, page 3, et de 1931, n. 6. Chirurgie de l'hyperthyroïdie. *Conférence à la Faculté de Médecine de Liège,* 20 janvier 1932, dans l'*Avenir Médical* de 1932, p. 71. A propos du traitement chirurgical dans la maladie de Basedow : *Monde Médical,* 15 juillet 1931.

BÉRARD et DUNET : Traitement chirurgical du goitre exophtalmique : *La Clinique* n. 120, de février 1929. *Traité de Chirurgie de Le Dentec et Delbet.*

BÉRARD et PEYCELON : Les principes actuels de la Chirurgie de l'hyperthyroïdie. *Monde Médical* du 1er décembre 1929, n. 761.

F. Bertrand : Les indications thérapeutiques dans les syndromes Basedowiens, *Gazette des Hôpitaux* du 25 mars 1933.

Blondin : Thérapeutique de la maladie de Basedow, *Thèse de Paris* 1930.

Brémont : Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

Coelho (de Lisbonne) : Indications opératoires dans le goitre exophtalmique, dans le *Progrès Médical* n. 0, du 27 février 1932. — XXI[e] Congrès français de médecine, Liège, 23-27 septembre 1930.

Crile : Diagnosis and Treatment of Diseases of the Thyroïd gland (1932).

Delherm et Morel-Kahn : Electro-radio-thérapie ou chirurgie dans la maladie de Graves, *Monde Médical* de janvier 1931. — La chirurgie doit-elle éliminer la chimie physiothérapie dans le Traitement de la maladie de Basedow (*Journal de Radiologie* d'août 1932.)

Dunhill : Traitement chirurgical du goitre exophtalmique, *Paris Médical* du 6 novembre 1926.

Duval et Welti : A propos du traitement chirurgical dans la maladie de Basedow : *Bulletin de Société de Chirurgie* de 1931.

Elliott : La suppression de l'Hyperthyroïdisme, par la thyroïdectomie.

A. Escalier : Le traitement de la maladie de Basedow. *Avenir Médical* de juillet-août 1931.

Fraser : Traitement chirurgical du goitre exophtalmique, *Presse Médicale* du 6 novembre 1926.

Hélie : De la valeur comparée de l'électro-radio-thérapie et des autres thérapeutiques employées dans la maladie de Basedow. *Thèse de Paris* 1931.

Hubner : Traitement du goitre exophalmique, *Gazette des Hôpitaux* du 3 janvier 1931.

JABOULAY : Chirurgie du goitre et du sympathique cervical, 1910.

JEANNENEY : De l'exophtalmie Basedowienne ,Exophtalmie résiduelle unilatérale après Hemithyroïdectomie). *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales* du 20 novembre 1932.

— L'hyperthyroïdie de la Ménopause. *Gazette Hebdomadaire, Sciences Médicales* 20 novembre 1932 et *Revue française de gynécologie et obstétrique* n. 1. janvier 1932.

— Exophtalmie à prédominance unilatérale du côté du goitre dans la maladie de Basedow au début (deux observations), hémi exophtalmie du côté de l'hémi goitre. *Gaz. Hebd. des S. C. Médic.*, 5 mars 1933.

— Goitre toxique, hyperthyroïdie post-opératoire au dixième jour.

JEANNENEY, CHABÉ et LABEAU : Rapport sur le traitement de la maladie de Basedow. *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1933.

KÖNIG (W.) : Le traitement pré-opératoire de la maladie de Basedow par l'iode et les sels alcalins. Opérations en un et deux temps. *Der. Chirurg.*, tome XVIII, 5 sept. 1932.

LABBÉ : Indications et méthodes de traitement des goitres. *Pratique Française*, avril 1927.

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. *Bulletin de la Société de Chirurgie* de 1931, n° 11.

Les traitements de la maladie de Basedow. *Monde Médical* de février 1932.

LABBÉ et AZERAD : Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. *Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chirurgie* (séance du 28 janvier 1931), n° 4, 7 février 1931.

LABBÉ et STÉVENIN : Métabolisme basal chez les basedowiens. *Société de Biologie* de mai 1932.

Lécène : Traité de thérapeutique chirurgicale.

Leclerc et Hubner : Résection subtotale du corps thyroïde

Lenine et Belot : Valeur des traitements de la maladie de Graves - Basedow. *Presse Médicale* du 3 décembre 1932, p. 1823.

Le Maire et Bonpart : Le traitement du goitre exophtalmique dans le *Progrès Médical* n° 2 (10 janvier 1931).

Le Moine et Derachet : Traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

Lépine : Traitement du goitre exophtalmique. *Journal de Médecine de Lyon* du 20 juin 1928.

Leriche et Fontan : Traitement du goitre exophtalmique. *Journal de Chirurgie* de juillet 1927.

Maranon : Traitement du syndrome basedowien. *Revue de Médecine* de 1924.

Mora et Greene : La thyroïdectomie pour hyperthyroïdie chez les gens âgés. (*The American Journal of the Medical Sciences*, t. CLXXXI, janvier 1931.)

Moreau : Traitement chirurgical du goitre exophtalmique. *Bruxelles Médical* de janvier 1927.

Moreau et Mariques (Bruxelles) : Les Basedow iodo-résistants. In' *Archives franco-belges de chirurgie*, t. XXII, 1929-30, n° 1, p. 65.

Parcelier : Indications opératoires et valeur thérapeutique du traitement chirurgical dans la maladie de Basedow, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* du 10 août 1932.

Pauchet et Hirschberg : A propos du goitre exophtalmique. Résultats cliniques et thérapeutiques d'observations personnelles. (*Soc. de Méd. de Paris*, n° 11. Séance du 12 juin 1931.)

Pemberton : Le risque opératoire du goitre exophtalmique. *Journal de Chirurgie* de 1930, p. 434.

Petit, Butaillis et Ahmet : Quelques résultats immédiats et éloignés de la thyroïdectomie subtotale dans la maladie de Basedow, in *Gazette des Hôpitaux* du 28 septembre 1932.

Peycelon : *Thèse de Lyon* 1929 (Du traitement chirurgical de la maladie de Basedow.)

— Les récidives après les résections thyroïdiennes pour maladie de Basedow. In *Archives franco-belges de Chirurgie*, t. XXXII, n° 1, janv. 1930.

Pinto *et* Coelho (de Lisbonne) : Le traitement du goitre exophtalmique. In *Presse Médicale*, 17 mai 1930.

Pratt : Traitement chirurgical du goitre exophtalmique. *Mém. de Soc. de Chirurgie de Paris*, juillet 1925.

Rahn : Opération ou irradiation dans la maladie de Basedow. *Presse Médicale* de 1920, p. 61.

Richardon : Valeur relative de la chirurgie et des rayons X dans le traitement de l'hyperthyroïdisme.

Sainton : Indications respectives de la radio et du traitement chirurgical dans le goitre exophtalmique. *Paris Médical*, février 1928; *Bull. de Soc. de Méd. des Hôp. de Paris* 1923.

Saniton : Sur les traitements actuels des syndromes basedowiens. *Concours médical* du 6 avril 1930, n° 14.

Sébilleau : Chirurgie des basedowiens et basedowfiés. *Pratique Médicale Française*, avril 1927.

Welti : Résultats de la thyroïdectomie pour Basedow. *Presse*
— *Médicale* du 13 juillet 1932, n° 56.

— A propos du traitement chirurgical du goitre exophtalmique. *Société de thérapeutique de Paris*, 14 oct. 1931.

WEIL (H.-P.) et WELTI (H.) : Les indications de la thyroïdectomie subtotale dans le traitement des goitres exophtalmiques. *Gaz. Méd. de France*, janvier 1930.

ZUBLENA : Les indications thérapeutiques dans la maladie de Basedow. (*Thèse de Montpellier* 1929-30.)

G. ROULLEAU, impr., 31, rue Lamartine, Bordeaux
Anciennement Imprimerie d'Albret